УДК 301.19.(09)

С.Е.РЕЖАБЕК

ИЗМЕНЁННЫЕ СОСТОЯНИЯ СОЗНАНИЯ: ТРАВМИРУЮЩЕЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ПСИХИКУ И СПОСОБЫ РЕМИССИИ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Травмирующее воздействие на психику в статье рассматриваются с трёх сторон: во-первых, со стороны общих характеристик клинической динамики; во-вторых, патогенезиса таких расстройств, наконец, в-третьих, со стороны диагностики и терапии психопатологических последствий чрезвычайных ситуаций.
Ключевые слова: *чрезвычайная ситуация, изменённое состояние сознания, Эго-стресс, фрустрационная регрессия, аффект болезненного недоумения, аффект психалгии.*

Введение. Характеристики объективной реальности, которые человек усваивает в детстве, формируют ее «внутреннюю информационную модель», в последующем априорно незыблемую. Однако при чрезвычайных ситуациях человек внезапно обнаруживает, что само его представление о незыблемости опорных характеристик реальности оказалось не более чем виртуальным.

Чрезвычайная (гиперреальная) угроза разрушения привычного мира и самой жизни человека – травматический психический стресс – ставит человека лицом к лицу с проблемой выживания; вся его психика подвергается жестокому потрясению и вынужденно подчиняется инстинкту самосохранения. Возникает ситуация кризиса осознания и доверия к реальности, это состояние мы можем охарактеризовать как травматически изменённое состояние сознания.

Под изменёнными состояниями сознания мы, вслед за Арнольдом М. Людвигом [8], понимаем любое психическое состояние(я), индуцированное различными физиологическими, психологическими или фармакологическими приемами или средствами, которое субъективно распознается самим человеком (или его объективным наблюдателем) как достаточно выраженное отклонение субъективного опыта или психического функционирования от его общего нормального состояния, когда он бодрствует и пребывает в бдительном сознании.

У человека потребности самосохранения неотделимы от потребностей самоопределения, и если он не погибает в чрезвычайной ситуации, то неминуемо сталкивается с новой, психотравмирующей реальностью, оказывается лицом к лицу с проблемой нарушения ранее сложившегося баланса инстинктивных потребностей самосохранения и самоопределения.

Чрезвычайные ситуации – природные бедствия, технологические аварии, социальные потрясения – могут иметь катастрофические последствия, вести к страданиям и гибели людей, разрушению социальной инфраструктуры. При этом от последствий психогенной травмы страдает сам потерпевший, а также члены его семьи, соседи, свидетели, спасатели, даже персонал больниц и моргов [4].

Медико-санитарные (травматологические) потери по справедливости рассматриваются как самое трагическое последствие ЧС[1]. Однако Пу-

[1] Здесь и далее ЧС – чрезвычайная ситуация

ховский Н.Н.[5,6] полагает (и мы с ним согласны), что внешне менее драматические – психопатологические последствия ЧС – несут значительно большую угрозу самим основам социальной организации человеческого общества. Психические и психосоматические расстройства у людей, волею судьбы вовлеченных в ЧС, с течением времени начинают преобладать в структуре социально-медицинских последствий ЧС и неуклонно ведут к снижению качества жизни, преждевременной инвалидизации и ранней смертности этой категории людей.

Динамика развития психотравмы в чрезвычайных ситуациях. С индивидуально-личностной точки зрения, характерной для каждого вольного или невольного участника ЧС, ситуации этого типа имеют три принципиальных особенности:

1. Для психопатологических последствий ЧС характерно объективное преобладание роли первого (внешнего) звена в этом механизме. Сверхмощная психотравма закономерно выявляет самые незначительные латентные деструктивные побуждения и актуализирует интрапсихический конфликт, т. е. носит безусловно психопатогенный характер.

2. Последствия чрезвычайной угрозы затрагивают наиболее общие механизмы человеческой психики, характеризующие общечеловеческие культурно-исторические (вплоть до анатомо-биологических) особенности адаптационной психодинамики, обеспечивая необходимое интерперсональное «согласие по поводу значений» психотравмирующих факторов.

3. Масштабы чрезвычайной угрозы таковы, что оценки агрессологического потенциала факторов психотравмирующего воздействия ЧС характеризуются максимальной степенью интерперсонального согласия по поводу значений, а референтная группа может достигать масштабов не только национальных, но и всего человечества. Поэтому носитель реальной помощи жертвам ЧС со стороны человеческого сообщества, ликвидатор последствий катастрофы объективно приобретает черты «магического помощника». Этими чертами страдающее индивидуальное сознание наделяет как отдельных людей, так и их объединения, принимающие участие в ликвидации последствий ЧС, вплоть до государства и мирового сообщества [5].

Именно эти три качества «человеческой» реальности ЧС – чрезвычайная угроза как великий уравнитель шансов на выживание, интерперсональное согласие по поводу индивидуальных значений психотравмирующих факторов, наделение инстанции-ликвидатора последствий ЧС качествами магического помощника – ложатся в основу психопатологических последствий ЧС и являются той силой, которая, по нашему мнению, переводит человека из базисного состояния сознания в травматическое изменённое состояние сознания.

По завершению драматических и ярких аффективно-шоковых (острых психоневротических) реакций, характерных для первоначальных событий в очаге катастрофы, на первый план закономерно выступает менее впечатляющая, но гораздо более грозная прогностически клиническая картина первичного травматического Эго-стресса (стресса осознания).

Сущность психопатогенетического потенциала ЧС заключается в столкновении ранее сложившейся структурной организации Эго (личности) с новой, непривычной и травмирующей психику постшоковой ситуацией реальной угрозы для жизни и здоровья, внезапных болезненных утрат, потерь и массивного дискомфорта. Необходимость следовать в этих условиях

«принципу реальности» создает предпосылки для стресса осознания, порождает интрапсихический конфликт и подвергает тяжелым испытаниям интегративную функцию Эго.

Первичный Эго-стресс (стресс осознания новой, психотравмирующей реальности) играет ключевую роль в генезе психопатологических последствий ЧС.

Фрустрационная регрессия. Клиническая картина синдрома первичного Эго-стресса отражает (нередко в символической форме) действие одного из базовых механизмов патогенной Эго-защиты в ситуации фрустрации центральных потребностей самосохранения и самоопределения – механизма регрессии (в целом характерного для большинства изменённых состояний сознания).

Регрессия проявляется возвращением к ранним (преодоленным в процессе индивидуального развития) формам поведения и архаическим формам эмоциональности в степени, соответствующей тяжести фрустрации и/или ранее сложившимся устойчивым особенностям психофизиологической конституции.

Сам факт пребывания в очаге ЧС сопровождается автоматической регрессией психики человека на уровень подросткового пубертатного криза (13–18 лет), что находит свое поведенческое выражение в подчеркнутых дисциплине, субординации, подчиняемости и готовности к самоограничению инициативы (у детей более раннего возраста в «примерном» поведении, послушании), при одновременной повышенной вероятности бурных вспышек внутренне неопосредованного разрушительного, либо хаотически регрессивного возбуждения, «подросткового поведения». Регрессия человеческой психики в очаге ЧС на уровне подростковости находит свое выражение в переживании ролевой диффузии и позднее – в явлениях кризиса самоопределения, в частности, обнаруживается заметный аффект болезненного недоумения.

Аффект болезненного недоумения присущ начальному периоду существования синдрома Эго-стресса; отражает наличие фрустрационных и безуспешных попыток осмысления («уразумения») новой, психотравмирующей реальности; проявляется глубокой задумчивостью, погруженностью в мучительные, часто с оттенком безысходности, переживания. Характерен элективный мутизм, могут быть выражены явления ограниченной подвижности, безвольного подчинения. Своеобразным символом аффекта недоумения представляется метафорическая речь. Авторы[5] отмечают, что метафоричность мышления и речи представляется в высшей степени типической характеристикой различных субкультур и, прежде всего, молодежной и указывают, что метафора – феномен и инструмент освоения новой реальности.

Аффект психалгии. Невыразимое словами переживание душевной боли, страдания (синдром алекситимической психалгии) может рассматриваться как показатель дальнейшего течения фрустрационной регрессии в структуре синдрома Эго-стресса. Если для аффекта недоумения характерны краткость существования, яркость клинических проявлений и преобладание оттенка мучительности попыток осмысления результатов психоагрессии, то для психалгии характерны, напротив, длительность, скрытность и оттенок признания безнадежности, безвозвратности утрат и потерь, превосходства психоагрессивного вмешательства и психотравмирующей реальности над внутренним миром человека. Для клиники реактивной алекситимической

психалгии характерны явления субдепрессии, обязательно маскированной, вспышки гнева при неосторожном прикосновении к «больному месту» или, напротив, «примерное», тихое поведение с легко выявляемыми переживаниями ангедонии, обреченности, подавленности и пассивности [2,5].

Острые реакции на стресс. В структуре синдрома первичного травматического Эго-стресса из-за исходной скрытости напряженного регрессированного аффекта острые реакции на стресс предстают особенно неожиданными. Клинически могут быть разграничены конституциональный, аффективный, поведенческий и острый соматоформный типы реакций на стресс. Однако для клинической картины в очаге ЧС характерна типологическая смешанность и взаимная сменяемость в рамках однократного приступа острых реакций [4].

Таким образом, клиническая картина Эго-стресса (стресса осознания новой, психотравмирующей реальности) складывается из явлений фрустрационной регрессии психики, прежде всего аффектов метафорического недоумения и алекситимической психалгии и острых смешанных реакций на стресс.

Синдромообразующие характеристики Эго-стресса таковы:

- структурные элементы неравноценны, в силу чего образуется динамическая иерархия феноменов;
- центральное звено синдрома – поэтапная регрессия аффекта;
- сопутствующая ему поэтапная регрессия речи, мышления и самосознания;
- эпизодические срывы социальной и психофизиологической адаптации в виде острых смешанных стрессовых реакций.

Можно констатировать следующие две закономерности:

- клиническая картина ранних психопатологических последствий ЧС различается весьма существенно при трех разных видах ЧС: антропонатурогенных, антропотехногенных и антропосоциогенных катастрофах, причем это различие непосредственно связано с представлением о роли человека в их генезе;

- клиническая картина ранних психопатологических последствий ЧС различается весьма существенно у двух разных контингентов лиц, волею судеб оказавшихся в очагах катастроф, – пострадавших (тех, на кого несчастье обрушилось) и иных (в том числе добровольных) участников событий [5,7].

Можно выделить социально приемлемые и неприемлемые варианты психопатологических последствий. Под социально приемлемыми понимаются психические и психосоматические расстройства, при которых человек испытывает чувство болезни, «страдает сам», обращается в медицинские учреждения за помощью. Речь идет о невротических (неврозоподобных) психических и психосоматических расстройствах.

В структуре ранней динамики психопатологических последствий ЧС существенное место занимают следующие клинические явления и феномены:

- вышеописанный синдром Эго-стресса, формирующий психодинамическую основу клинической картины развивающихся расстройств;
- болезненные переживания вины, стыда и отвращения как эффекты действия патогенной Эго-защиты реактивными формациями;

- эпизодические переживания ужаса, персекуторности и парализующего страха под воздействием «факторов устрашения»;
- возникновение и развитие феноменов «вины выжившего», «корпоративной вины» и «ожидания наказания за происшедшее»;
- ситуационные фобии и формирование фобического синдрома как показатель интенсивности процесса первичной невротической организации;
- быстрое (в течение года) формирование ипохондрического синдрома, явлений психоневроза с явлениями нарциссизма и регрессии.

Структура последующей динамики психопатологических последствий ЧС отличается все более выраженным многообразием клинических форм психических и психосоматических расстройств, наслоением эпифеноменов ресоциализации и госпитализма, хронической интоксикации (в том числе в результате терапевтических усилий).

Можно считать установленными следующие два факта:

1) статистические данные свидетельствуют о неуклонном процессе психосоматической инвалидизации, прогрессирующей утраты здоровья, сокращении длительности и снижении качества жизни всех участников ЧС;
2) данные статистики свидетельствуют также о психиатрической принадлежности основных причин ранней смертности участников ЧС (острая алкогольная интоксикация, цирроз печени, инфаркт миокарда, самоубийства) [1,5].

Было установлено, что клиническая картина психопатологических последствий трех разных видов ЧС (антропонатурогенных, антропотехногенных и антропосоциогенных катастроф) у двух различных контингентов участников ЧС (пострадавших и иных) с течением времени становится сходной.

Под социально негативными вариантами психопатологической эволюции понимаются психические расстройства, при которых человек «страдает сам и заставляет страдать других», или совсем не испытывает чувства болезни и не стремится получать медицинскую помощь, а, напротив, склонен уклоняться от общения с врачами-психиатрами. Речь идет об аномалиях взрослой личности и поведения.

Выводы. Направленность и содержание терапевтических (и профилактических) усилий определяются тем обстоятельством, что психопатологические последствия ЧС имеют тенденцию развиваться как прогредиентный процесс, характеризуясь неуклонностью патологической эволюции личности и формированием клиники нарциссического невроза и, далее, различных форм метаневроза (психосоматозов и прогерии, хронического алкоголизма и неалкогольной токсикомании или явлений индивидуального психического вырождения).

Могут быть названы три основных направления диагностики и терапии психопатологических последствий ЧС:

1) предупреждение формирования невротического процесса, выявление и лечение первичного Эго-стресса (для этого необходимы меры психиатрической и психотерапевтической экспресс-диагностики и экспресс-коррекции в очаге ЧС);

2) предупреждение перехода центрального интерпсихического конфликта в психобиологический (аутоиммунный) конфликт (для этого необходимо, прежде всего, переосмысление ключевой роли этого этапа в патогенезе и клинической динамике психопатологических последствий ЧС);
3) лечение манифестного метаневротического расстройства (с учетом массовидного характера этих расстройств, круг которых охватывает, по меньшей мере, различные процессуальные группы; здесь на первый план выходят вопросы организации здравоохранения) [3,5].

Библиографический список

1. Александровский Ю.А., Лобасов О.С, Спивак Л.И., Щукин Б.П. Психогении в экстремальных условиях. – М.: Медицина, 1991. – С. 265.
2. Ануфриев А.К., Либерман Ю.И., Остроглазов В.Г. Глоссарий психопатологических синдромов и состояний. – М., 1990. – С. 356.
3. Вахов В.П. Основные подходы к индивидуальной и групповой психотерапии посттравматических стрессовых расстройств // Современные направления психотерапии и их клиническое применение: Мат. Первой всероссийской учеб.-практ. конф. по психотерапии. – М., 1996. – С. 315.
4. Организация диагностической и психокоррекционной работы с детьми, оказавшимися в кризисных ситуациях / Авторы-составители Осипова А.А., Чаусова Л.К., Мясникова М.Н., Гейденрих Л.А., Солтовец А.В. – Ростов н/Д, 2001. – С. 187.
5. Пуховский Н.Н. Психологические последствия чрезвычайных ситуаций. – М.: Академический Проект, 2000. – С. 295.
6. Пуховский Н.Н. Психопатология антропогенных катастроф// Медицина катастроф. – 1993. – №1(3). – С. 31.
7. Социальный стресс и психическое здоровье/ Под. ред. Р.Б. Дмитриевой, А.И. Волонина. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗРФ, 2001. – С. 248.
8. Тарт Ч. Изменённые состояния сознания/ Пер. с англ. Е.Филиной, Г.Закарян. – М.: Изд-во Эксмо, 2003. – С. 288.

Материал поступил в редакцию 12.07.07.

S.REJABEK

THE TRANSFORMED CONDITIONS OF CONSCIOUSNESS: THE TRAUMATIC INFLUENCE AND THE WAYS OF REMISSION IN THE EXTRAORDINARY SITUATIONS

The traumatic influence is considered from the three points of view: the first point – from the general characteristics of the clinical dynamics, the second

point – from the pathological genesis of such disturbances, the third point – from the possibilities of diagnosis and therapy of the psychopathological consequences of extraordinary situations.

РЕЖАБЕК Станислав Евгеньевич (р.1981), ассистент кафедры философии ДГТУ. Окончил факультет психологии Ростовского государственного университета (2004).
Научные интересы: изменённые состояния сознания в философских и психологических концепциях.
Автор 2 научных публикаций.